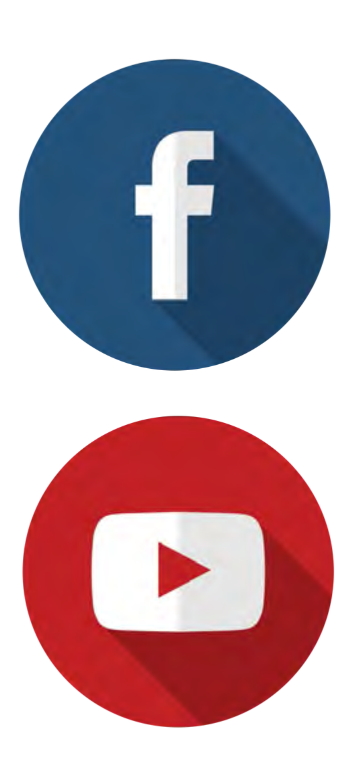
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Rhumatismes post-infectieux :

Définition : le terme rhumatisme post infectieux signifie des arthrites stériles survenant suite à une infection bactérienne (le plus souvent) , celui-ci doit être différencié des arthrites septiques où le germe est retrouvé au niveau de l'articulation.

1- Arthrites réactionnelles :

Les arthrites réactionnelles sont des arthropathies stériles par les techniques usuelles, dont la cause est une infection initiale extra-articulaire principalement génitale (Chlamydiae trachomatis) ou digestive (Shigella flexneri, Salmonelloses mineures, Yersinia enterocolitica et pseudotuberculosis, Campylobacter jejuni).

Tableau 1 **: germes incriminés dans les arthrites réactionnelles**

Candidats bactérien	Tractus urogénital	Tractus intestinal	Autres
Classiques	Chlamydia trachomatis	Shigella flexneri	
	Ureaplasma urealyticum	Salmonella enteritidis	
	Mycoplasma fermentans	Salmonella typhimurium	
		Yersinia enterocolitica	
		Y. pseudotuberculosis	
Possibles	Neisseria gonorrhoeae	Campylobacter jejuni Shigellu sonnei	Chlamydia pneumoniae
		Clostridium dtjficile	Chlamydia psittaci
		Gardia lumbliu	Mycobacterium bovis
		Escherichia coli	Borrelia burgdorferi
		Leptospira ichtbaemorrhagica	Streptococcus
			Staphylococcus aureus
		Cvptosporidiu	Propionibacterium acnes
		Entamoeba histolytica	Trophyrema wippelli
		Taenia saginata	

Dans la forme complète, elles réalisent la triade urétro-oculo-synoviale caractéristique du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, mais les formes incomplètes sont bien plus fréquentes.

C'est une oligoarthrite asymétrique des membres inférieurs, de début brutal, 2 à 4 semaines après l'infection déclenchante (dont les signes cliniques peuvent avoir manqué), touchant par fréquence décroissante les genoux, les chevilles, les métatarsophalangiennes, les mains, les poignets, les doigts et les coudes. Les signes inflammatoires locaux sont nets et l'épanchement est souvent très abondant.

Une association avec des signes axiaux (douleurs inflammatoires rachidiennes ou sacro-iliaques) ou juxta-articulaires (doigt ou orteil en saucisse, talalgie, tendinite d'Achille) est évocatrice.

L'atteinte oculaire la plus fréquente est une conjonctivite banale ; l'iridocyclite, habituellement unilatérale, est plus rare.

L'urétrite vénérienne précède la survenue des arthrites de quelques jours à un mois, et se manifeste par un écoulement peu abondant ou est latente.

Elle peut aussi être contemporaine ou postérieure aux manifestations articulaires dans les formes à porte d'entrée digestive.

Chez la femme, la cervicite passe le plus souvent inaperçue.

Dans les formes à porte d'entrée digestive, la diarrhée, inconstante, dure en moyenne 1 mois.

Elle précède la survenue de l'arthrite de 2 à 4 semaines.

Des lésions muqueuses génitales (balanite circinée), buccales (plaques érythémateuses indolores) doivent être systématiquement recherchées.

La kératodermie blennorragique de Vidal et Jacquet est la manifestation cutanée la plus évocatrice : macule, papule ou pustule palmoplantaire, évoluant vers la confluence, réalisant un cône induré hyperkératosique enchâssé dans le derme, en clou de tapissier»".



Une atteinte cardiaque peut s'observer : myocardite, troubles de la conduction, péricardite, insuffisance aortique.

La fièvre, l'asthénie ou l'amaigrissement sont fréquents.

La biologie montre un syndrome inflammatoire non spécifique.

Le liquide articulaire est inflammatoire et stérile par les techniques usuelles, alors que la PCR peut être positive pour Chlamydiae surtout dans la membrane synoviale (mais cet examen n'est pas de pratique courante et demande à être validé).

La coproculture est rarement positive à distance des diarrhées.

En revanche, le prélèvement urétral est souvent positif pour C trachomatis même en l'absence de symptômes.

La sérologie Chlamydiae a peu de valeur compte tenu de la forte prévalence des IgG anti Chlamydiae dans la population.

Les sérologies Yersinia, Salmonella, Campylobacter peuvent permettre d'orienter le diagnostic, alors que la sérologie Shigella a peu d'intérêt en raison d'une réaction croisée avec Escherichia coli.

L'antigène HLA B27 est positif dans 80 % des cas.

Les radiographies des articulations atteintes sont habituellement normales, une sacro-iliite uni- ou bilatérale est évocatrice.

Le traitement est symptomatique :

1- les mesures physiques : repos et poche de glace

2- antalgiques : paracétamol 1 cp 3x par jour

2- les anti-inflammatoires non stéroidiens

3- antibiothérapie : cyclines cp 100m 2x par jour pendant 03 mois en cas d'infection à chlamydia

2- Rhumatisme post-streptococcique :

Le rhumatisme post-streptoccocique de l'adulte est devenu très rare dans les pays développés, mais peut s'observer en particulier chez les migrants.

Un antécédent de rhumatisme articulaire aigu est fréquent.

Il touche l'adulte jeune, avec une égale fréquence dans les deux sexes.

On trouve dans environ deux tiers des cas une angine récente, précédant les signes articulaires d'une semaine à un mois. Une polyarthrite aiguë s'installe en quelques jours, symétrique, touchant préférentiellement les membres inférieurs.

Le caractère migrateur est évocateur mais inconstant. L'atteinte est oligoarticulaire dans un quart des cas.

Un érythème noueux est évocateur du diagnostic.

L'atteinte cardiaque est plus rare qu'au cours du rhumatisme articulaire aigu (péricardite, myocardite, endocardite).

La chorée et les nodosités sous-cutanées ne s'observent jamais chez l'adulte.

L'élévation des enzymes streptococciques (ASLO, antistreptodornases, antistreptokinases) témoigne de l'infection déclenchante, mais ne peut suffire à porter le diagnostic en raison de la fréquence des angines streptococciques.

Le prélèvement de gorge recherche du streptocoque.

Ce rhumatisme, du fait de sa rareté, doit être considéré comme un diagnostic d'élimination.